

TRAITEMENT
DE
L'ANKYLOSE ANGULAIRE DU GENOU

Par l'Ostéoclasie sus-condylienne

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le mardi 4 août 1885

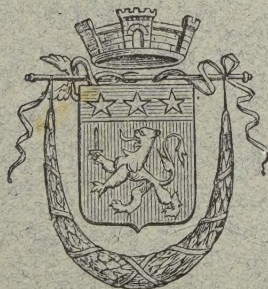
PAR

GEORGES PERRUSSET

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON *

Médaille d'or de 1^{re} classe (choléra 1884)

Né à Mâcon (Saône-et-Loire), le 2 mai 1859.



LYON

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE A. WALTENER ET C^{ie}

14, RUE DE LA BELLE-CORDIÈRE, 14

Août 1885

TRAITEMENT
DE
L'ANKYLOSE ANGULAIRE DU GENOU

Par l'Ostéoclasie sus-condylienne

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le mardi 4 août 1885

PAR

GEORGES PERRUSSET

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Médaille d'or de 1^{re} classe (choléra 1884)

Né à Mâcon (Saône-et-Loire), le 2 mai 1859.



LYON

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE A. WALTENER ET C^{ie}

14, RUE DE LA BELLE-CORDIÈRE, 14

Août 1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN
BONDET	} ASSESSEURS
CROLAS	
MONOYER	

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	OLLIER.
Clinique ophtalmologique		TRIPPIER (Léon).
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		BOUCHACOURT.
Clinique des Maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON
Chimie minérale.		PIERRET.
Chimie organique et toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		GLÉNARD.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		CAUVET.
Anatomie générale et Histologie		LORTET.
Physiologie.		PAULET.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT,
Pathologie et Thérapeutique générales.		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (Raymond).
Médecine légale.		PONCET.
Hygiène.		CHAUVEAU.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie		ROLLET.
		SOULIER
		CROLAS.

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique médicale	MM. RAMBAUD.
Cours complémentaire d'Accouchements.	DELORE.

CHARGÉS DES CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes	MM. LAROYENNE.	Chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD	Chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD.	MM. LEVRAT.	MM. SABATIER.
BEAUVISAGE.	LINOSSIER	VINAY.
BOUVERET.	PERRET.	VINCENT.
CHANDELUX.	POLLOSON.	
DEBIERRE.	POULLET.	CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ
LAURE.		M. CHARPY.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. L. TRIPIER, Assesseur; MM. CHANDELUX et SABATIER, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

En 1883, M. le docteur Edouard, dans une thèse remarquable « *du redressement de l'ankylose du genou par de nouveaux procédés d'arthroclasia et d'ostéoclasie mécaniques* », donnait cette conclusion : « l'ostéoclasie fémorale est destinée à remplacer, dans un grand nombre de cas, la résection et l'ostéotomie »*. A l'appui de cet énoncé, M. Edouard ne pouvait citer à cette époque qu'une seule observation d'ostéoclasie encore bien imparfaite, qui lui permettait plutôt de signaler un procédé que de conclure à l'affirmation d'une méthode, celle de M. Robin, comme nous venons le faire aujourd'hui.

Pendant que nous étions l'interne de M. le docteur Mollière, chirurgien-major de l'Hôtel-

Dieu, nous avons été frappé de l'excellence des résultats obtenus constamment dans le traitement des ankyloses du genou par l'ostéoclasie sus-condylienne.

Pour mettre en valeur, le plus complètement possible la méthode nouvelle que nous exposons, nous avons divisé notre travail en quatre chapitres. Le premier est consacré à l'historique.

Dans le second nous étudions les indications et les contre-indications de l'ostéoclasie.

Nous décrivons dans le troisième le manuel opératoire du procédé de redressement que nous faisons suivre des observations cliniques.

Dans le dernier chapitre, par une discussion des faits présentés, nous établissons la supériorité de l'ostéoclasie sus-condylienne sur les autres procédés, dans la plupart des cas d'ankyloses angulaires du genou.

Notre maître, M. le docteur Mollière, a bien voulu nous fournir, par les observations nombreuses qui ont été prises dans son service, les éléments de ce travail. Nous sommes heureux de cette occasion de lui exprimer ici toute notre sincère et profonde reconnaissance, pour l'intérêt constant et la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant nos études.

M. le professeur Poncet a mis à notre disposition deux observations d'ostéoclasie dans des

cas d'ankylose du genou qu'il a pratiquées dans son service. Il nous a fait également l'honneur de présider la soutenance de notre thèse inaugurale. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de toute notre gratitude.

Quant à notre ami, le docteur V. Robin, l'inventeur ingénieux de l'ostéoclaste remarquable qui lui a donné des succès constants dans le redressement du genu valgum et, comme on le verra, dans celui des ankyloses angulaires du genou, nous le remercions vivement de nous avoir fourni un sujet de thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553414_0043

CHAPITRE I

Historique.

Ce serait sortir de notre sujet que d'exposer dans ce chapitre tout ce que les chirurgiens anciens et modernes ont imaginé pour remédier à l'ankylose angulaire du genou. Cette étude historique est d'ailleurs parfaite dans la thèse d'agrégation du docteur Lagrange (1). Nous devons seulement rechercher, au travers de l'histoire longue et variée de la thérapeutique de l'affection articulaire qui nous occupe, tous les faits, tous les documents ayant trait à l'ostéoclasie fémorale.

Il faut remonter jusque vers le milieu de notre siècle pour trouver des observations d'ankylose du genou ayant bénéficié d'une ostéoclasie, mais qui n'étaient

(1) LAGRANGE. *Traitement de l'ankylose du genou*. (Thèse d'agrégation, 1883).

alors que le résultat d'un accident fortuit, ou d'une fausse manœuvre dans les essais de redressement par arthroclasia.

Ainsi, Job à Meikreen, Bartholin, Niepce (de Mâcon), Cazenave, V. Duval, publièrent successivement des observations rapportant des cas de guérison d'ankyloses réputées incurables et qu'une chute, un coup avaient brusquement mobilisées et redressées. Il est probable que sur un certain nombre de ces cas, il en est au moins quelques uns où le redressement a été obtenu par suite d'une fracture extra-articulaire : dans les cas d'ankyloses osseuses, on obtient plus facilement une fracture des os qu'une rupture dans l'article.

En 1839, Louvrier pensait ainsi : « Pour l'ankylose osseuse, dit-il, il est évident qu'on ne peut redonner de la mobilité à l'articulation, mais en rompant l'os, on donne au membre la rectitude. » Avec son appareil brutal, dont l'action manquait absolument de précision, il redressait, en effet, mais à toutes forces et sans savoir au juste le point où il agissait, sans déterminer par avance les lésions qu'il produirait.

A l'étranger, les chirurgiens adoptent cette méthode. Langenbeck de Hanovre, Billroth, Schuh de Vienne, Vollkmann, Nusbaum surtout, pratiquent souvent le redressement forcé, se servant de machines très-élémentaires, parfois même des mains. Ils redressent, mais sans se préoccuper non plus des moyens, et fréquemment c'est avec des fractures dans la continuité des os qu'ils arrivent au résultat. Nusbaum, sur cent dix-neuf cas, a obtenu trente-deux

fois le décollement des épiphyses: pour le praticien de Munich, c'est un accident non seulement sans importance, mais qui a donné d'excellents résultats.

De même Billroth ayant deux fois fracturé le fémur involontairement, dans des tentatives d'arthroclasia forcée manuelle, et ayant obtenu la rectitude sans rupture de l'ankylose, est d'avis de remplacer l'ostéotomie et la résection, pour la hanche et le genou, par l'infraction de la cuisse. Vollkmann indique nettement les deux manières d'arriver à rendre au membre sa rectitude en brisant tantôt dans l'interligne articulaire, tantôt au-dessus.

En France, les accidents produits par la méthode de Louvrier l'avaient fait abandonner, sans que pour cela, les chirurgiens renoncassent complètement au redressement forcé. Et l'on trouve dans leurs observations un certain nombre de faits d'ostéoclasie analogues à ceux qui sont publiés en Allemagne.

Ainsi en 1859, Demarquay, voulant redresser une ankylose du genou, exerça des tractions sur la jambe et obtint assez facilement la rectitude: le membre fut aussitôt immobilisé dans un appareil dextriné. Quelques jours après, le malade est emporté par une affection intercurrente. A l'autopsie, on constate que l'ankylose articulaire est intacte, et que le redressement a pu se faire grâce à une fracture sus-condylienne du fémur. Lors de la discussion de ce cas intéressant à la Société de chirurgie, le 10 août 1859, Chassaignac, Marjolin et Verneuil reconnurent que plusieurs fois ils avaient eux-mêmes brisé le fémur en voulant redresser des ankyloses du genou.

On peut rapprocher ces faits de celui que Guyon avait observé quelques années auparavant dans le service de Velpeau, et qui montrait le bénéfice que l'on pouvait retirer d'une pareille fracture : un jeune homme, atteint d'une ankylose vicieuse du genou, glisse sur le pavé, et tombe. Il ne peut se relever, et l'on reconnaît qu'il s'est fracturé le fémur précisément au-dessus des condyles. Le membre est redressé, la guérison de la fracture obtenue dans l'extension, et le malade se trouve guéri par le traumatisme de son ankylose vicieuse.

L'innocuité de ces fractures accidentelles, les heureux résultats obtenus ainsi au point de vue des fonctions du membre ont dû depuis longtemps donner aux chirurgiens l'idée du traitement de l'ankylose du genou par l'ostéoclasie.

Il faut reconnaître qu'il n'existait pas de méthode précise, et que l'on ne pouvait obtenir que des résultats variables et imprévus.

Ainsi, en 1879, M. Ollier voulut redresser une ankylose presque à angle droit en cherchant à produire une fracture préarticulaire; mais le fémur se brisa à 10 centimètres au-dessus de l'interligne, c'est-à-dire en un point indéterminé.

Nous ne rapporterons pas tous les détails de cette observation qui est citée in-extenso dans la thèse de M. Edouard, et que M. Ollier a publiée dans un très intéressant travail sur le traitement de l'ankylose osseuse du genou (1).

(1) *Revue de Chirurgie*, 1883.

CHAPITRE II

Indications et Contre-indications.

Un malade atteint d'ankylose angulaire du genou, peut être comparée à un amputé au tiers supérieur de la jambe : la situation de celui-là est même plus gênante, plus pénible, en un mot son infirmité est plus considérable. En effet, la jambe immobilisée dans une flexion plus ou moins prononcée n'est qu'un appendice inutile et fort embarrassant, qui souvent peut s'opposer à l'application d'un appareil prothétique, et qui, dans la plupart des cas, nécessite l'usage des béquilles. Par le redressement, il est possible d'éviter l'emploi de ces moyens artificiels. On conçoit sans peine que le meilleur des pilons ne peut remplacer une jambe qui fait partie intégrante de

l'individu ; alors même qu'elle est aussi rigide qu'un membre de bois, elle a cependant l'immense avantage d'être plus esthétique, parfois aussi de permettre, sous le couvert du pantalon, la dissimulation presque complète de l'infirmité primitive.

Pour nous, toute ankylose du genou est tôt ou tard justiciable du redressement.

L'ostéoclasie doit-elle être le seul procédé pour l'obtenir ? Nous ne le pensons pas, et nous serons moins affirmatifs que Billroth : « Je ne comprends pas, dit-il, pourquoi on refuserait de remplacer l'extension impossible par une infraction ou fracture incomplète de l'os, et je préférerais cette dernière, sans hésiter, à toute résection articulaire dans le genou ou dans la hanche, toutes les fois qu'il y aurait possibilité de l'exécuter facilement, sans trop d'efforts et sans choc violent. Je suis même d'avis que l'on doit toujours essayer d'éviter pour le moins la résection du genou ou de la hanche, quelle que soit d'ailleurs la manière de l'exécuter, en faisant l'infraction de la cuisse, s'il est possible de la faire sans trop de difficultés. » (1)

Si telle était notre manière de voir, les contre-indications seraient vite formulées, puisque celles qu'indiquent le savant chirurgien Viennois n'existent plus actuellement, avec notre procédé, savoir : la difficulté à fracturer le fémur.

D'autre part, M. le professeur Ollier pense que les

(1) BILLROTH. — *Éléments de pathologie chirurgicale générale* (Traduction de Culmann et Sengel, 1868).

ankyloses qui peuvent être redressées par l'incision cunéiforme sus-condylienne le seront aussi bien par l'ostéoclasie : la fracture du fémur au même niveau donnant le même résultat orthopédique que l'incision sus-condylienne. — « Mais, ajoute-t-il, les ostéoarthrites chroniques du genou, suppurées ou non, doivent bien être distinguées des ankyloses survenues à la suite d'une arthrite rhumatismale ou traumatique. Dans ce dernier cas, l'ankylose est la fin de la maladie : dans le premier, elle peut s'accompagner de la présence de foyers d'ostéo-myélites persistants. Ces foyers analogues aux anciens foyers des ostéo-myélites diaphysaires, qui peuvent rester 10, 20, 30 ans sans se traduire par le moindre signe, sont susceptibles de se réveiller à la suite d'un choc, d'une contusion, et, à plus forte raison, d'une fracture. » (1)

En présence d'ankyloses de cette nature, M. Ollier n'hésite pas à proposer la résection des extrémités articulaires. Nous sommes loin des indications données par Billroth, et nous croyons que la vérité trouvera place entre ces deux pensées extrêmes.

La question se résume donc ainsi :

— 1^o Les ankyloses du genou justiciables de l'ostéotomie le sont de l'ostéoclasie. Or quelles sont-elles?

— 2^o L'ostéoclasie doit-elle être proscrite dans tous les cas dont parle M. Ollier?

Nous n'envisagerons ici que les ankyloses vraies. Les ankyloses fibreuses peu serrées, auxquelles on

(1) OLLIER. — *Revue de chirurgie*, 1883. Loc. cit.

peut imprimer quelques mouvements légers, qui ne sont accompagnées ni de déformations des surfaces osseuses, ni de déplacements du tibia sur le fémur, sont redressées avec trop de facilité et d'innocuité par l'arthroclasia pour que nous n'adoptions pas à ce sujet les conclusions de la thèse de M. Edouard. Mais, pour peu qu'il existe des déformations osseuses, une luxation ou une subluxation du tibia et des déviations secondaires, la rupture de l'ankylose dans l'interligne ne redonnera pas aux extrémités articulaires leur forme primitive; et, n'étant plus retenues par les rétractions ligamenteuses, elles se déplaceront forcément davantage une fois ou l'autre. Au contraire, l'ostéoclasie sus-condylienne sera tout bénéfique pour le malade, et si, dans l'articulation, il existe encore quelques légers mouvements de flexion ou de latéralité, ils favoriseront la marche.

A plus forte raison, l'ostéoclasie est indiquée dans les cas d'ankyloses vraies, complètes, qu'il s'agisse de soudures osseuses ou de coadaptations fibreuses très serrées. Dans ces circonstances, les lésions primitives qui ont amené la déformation angulaire sont de nature diverse.

Tantôt on a affaire à un malade chez lequel, à la suite d'un coup ou d'une chute sur le genou, il se sera développé une arthrite franche, accompagnée de symptômes inflammatoires plus ou moins intenses, souvent même suppurée : il y a eu des altérations graves de la synoviale et des ligaments qui se sont puissamment rétractés, le processus inflammatoire a envahi les extrémités épiphysaires dont les

unes auront eu des points hypertrophiés, et d'autres au contraire raréfiés. Progressivement, il s'est fait des déplacements, les surfaces articulaires ont glissé l'une sur l'autre sous l'influence soit de l'action ligamenteuse, soit de l'impossibilité à une coadaptation intime entre des formes qui ne se correspondent plus, et le tibia s'est luxé plus ou moins complètement sur le fémur : souvent il a subi un mouvement de rotation et une déviation en dehors ou en dedans, mais plutôt en dehors : la rotule est soudée aux condyles. L'état général du malade a toujours été bon, l'affection toute locale a été le résultat d'un accident. On n'a pas le moindre soupçon d'altérations tuberculeuses de l'articulation et des os. S'il y a eu une fistule, elle s'est oblitérée assez rapidement. Dans ce cas, généralement traité par l'ostéotomie cunéiforme de Rhea-Barton, ou bien par l'ostéotomie linéaire telle que l'ont pratiquée Mackeven, Vollkmann, Beckel, Richet, de St-Germain, et que préconise, dans une récente thèse de Paris, M. Pennel (1), nous n'hésitons pas à affirmer l'indication absolue d'une ostéoclasie sus-condylienne.

Pour nous, les déviations latérales ou les mouvements de torsion plus ou moins prononcée ne rendent pas l'ostéoclaste inapplicable, comme le prétend M. Lagrange (2). « Cet instrument peut-il par exemple, dit-il, remédier à la déviation en dehors de la

(1) PENNEL. — *Traitement de l'ankylose angulaire du genou par l'ostéotomie linéaire* (1884).

(2) LAGRANGE, *Traitement de l'ankylose du genou* (Thèse d'agrégation, 1883).

jambe, en même temps qu'il fait l'extension? Les mains sont encore le meilleur instrument lorsqu'il faut faire quelque chose d'exact, et lorsqu'il faut remplir ces diverses indications, la supériorité de l'ostéotomie est incontestable. » — Evidemment, l'instrument par lui-même ne remédiera pas à la déviation. L'instrument casse l'os, il ne redresse pas, il produit un résultat identique à l'ostéotomie linéaire, et comme après celle-ci, ce sont les mains qui corrigent la flexion et les déviations. Que si l'on peut faire basculer les deux fragments d'arrière en avant pour placer le membre ostéoclasé dans la rectitude, on peut également exécuter des mouvements de torsion et de latéralité suivant le besoin et la nécessité du redressement.

Dans la catégorie des ankyloses dont nous venons de parler, c'est-à-dire celles qui sont survenues à la suite d'une arthrite aiguë, nous rangeons celles dont le point de départ a été une ostéite juxta-épiphysaire. Dans ces cas, en effet, pourvu que les symptômes inflammatoires aient disparu complètement depuis quelques mois, nous ne voyons aucune contre-indication à la fracture de l'os, même en un point voisin de l'ancien foyer d'ostéite. Plusieurs des observations que nous rapportons dans le chapitre suivant en sont des preuves indiscutables.

Mais souvent aussi le chirurgien se trouve en présence d'ankyloses qui ont été la terminaison heureuse d'arthrites chroniques qui ont suppuré pendant de longues années. Tout autour de l'articulation se voient les marques nombreuses des fistules anciennes.

Les renseignements fournis par les malades disent bien la chronicité désespérante de la lésion osseuse : la suppuration était intarissable, soit à cause du mauvais état général préexistant du sujet, soit à cause de la nature même des lésions. En somme, il y a eu là une tumeur blanche.

Eh bien, faut-il dans ces cas pratiquer la résection des parties épiphysaires qui ont été malades, et obtenir ainsi le redressement du membre ?

Nous ne le pensons pas, et nous croyons que l'ostéoclasie doit être faite, si le processus inflammatoire est éteint. Et, s'il paraît en voie de rétrocession, nous conseillerons d'attendre, avant de se décider à une intervention chirurgicale. Rappelons cependant que Bonnet, Langenbeck croient que les abcès chroniques, les processus carieux ou nécrotiques ne sont pas une contre-indication au redressement. Déjà, en 1839, il est dit dans la *Gazette des Hôpitaux*, à propos de la méthode de Louvrier : « qu'il a eu l'occasion d'opérer des membres atteints d'abcès scrofuleux en plein état de suppuration, qui, chose incroyable, ont été résorbés et cicatrisés en même temps que l'ankylose détruite. »

Cependant, pour les ankyloses produites par une ostéo-myélite chronique, par une arthrite fongueuse, si le processus inflammatoire et spécifique paraît prendre une marche fatale, si la tuméfaction augmente, si les lésions paraissent s'étendre et s'aggraver, il y a contre-indication à l'ostéoclasie. On retombe dans un cas de tumeur blanche où les altérations infectieuses priment la position vicieuse du membre, et

l'intervention rapide doit être la résection totale de l'articulation ou mieux l'amputation.

Des contre-indications absolues à l'ostéoclasie doivent encore se tirer de l'état général du malade. « Pour que le membre, une fois ramené en position rectiligne puisse lui être de quelque utilité, il est de toute nécessité que la nature soit capable de faire les frais d'une consolidation suffisante. Il est donc inutile de pratiquer le redressement chez les individus cachectiques, affaiblis par une suppuration trop prolongée ou porteurs de lésions tuberculeuses graves (1). » — Mais, au contraire, si le malade qui a une ankylose du genou présente simplement un mauvais état général dû au manque d'air, d'exercice, et aux troubles fonctionnels qui apportent dans les organes thoraciques la marche pénible avec des béquilles, ou bien à l'hypochondrie, qu'amène presque nécessairement une infirmité disgracieuse et anti-sociale, pour ainsi dire, si ce malade n'est atteint que d'une tuberculose au début avec des symptômes pulmonaires peu marqués, il retirera dans ce cas un bénéfice considérable du redressement par ostéoclasie. Pouvant marcher, pouvant travailler, il reprendra rapidement bonheur et santé. Nous avons été frappés des changements constatés à bref délai chez les individus dont nous avons suivi l'opération et les suites.

Un autre cas possible de contre-indications à l'ostéoclasie est celui où l'ankylose du genou serait

(1) EDOUARD (loc. cit).

accompagnée d'un point persistant d'ostéite du fémur avec séquestre. Alors, on profitera de l'opération nécessitée par l'ablation de ce séquestre pour achever la section de l'os avec les procédés ordinaires d'ostéotomie linéaire ou cunéiforme.

Chez les vieillards, l'intervention pour des ankyloses du genou nous paraît inutile et fâcheuse. Outre qu'ils supporteront mal un séjour prolongé au lit, la consolidation pourrait être retardée indéfiniment.

Au contraire, chez les enfants, on doit se hâter de redresser les ankyloses, pour peu que les symptômes inflammatoires aient disparu depuis quelques mois : on pourra éviter ainsi l'atrophie souvent considérable d'un membre qui est immobilisé.

Enfin pouvons-nous trouver des contre-indications dans le degré de l'angle formé par le membre ankylosé? A ce propos, laissons parler M. Robin :

« Lorsque l'angle que mesure l'ankylose est aigu, une ostéoclasie unique ne peut suffire pour mettre le membre dans la rectitude, car, dans ces conditions, le fragment inférieur serait dans une situation telle par rapport au fragment supérieur que la consolidation se ferait très difficilement. C'est à la résection cunéiforme qu'il faudrait dans ce cas avoir recours; peut-être pourrait-on pratiquer, comme le font les ostéotomistes, une double fracture, l'une au-dessus du genou et l'autre au-dessous; dans une première opération, on redresserait en grande partie pour achever ensuite dans une seconde. »

CHAPITRE III

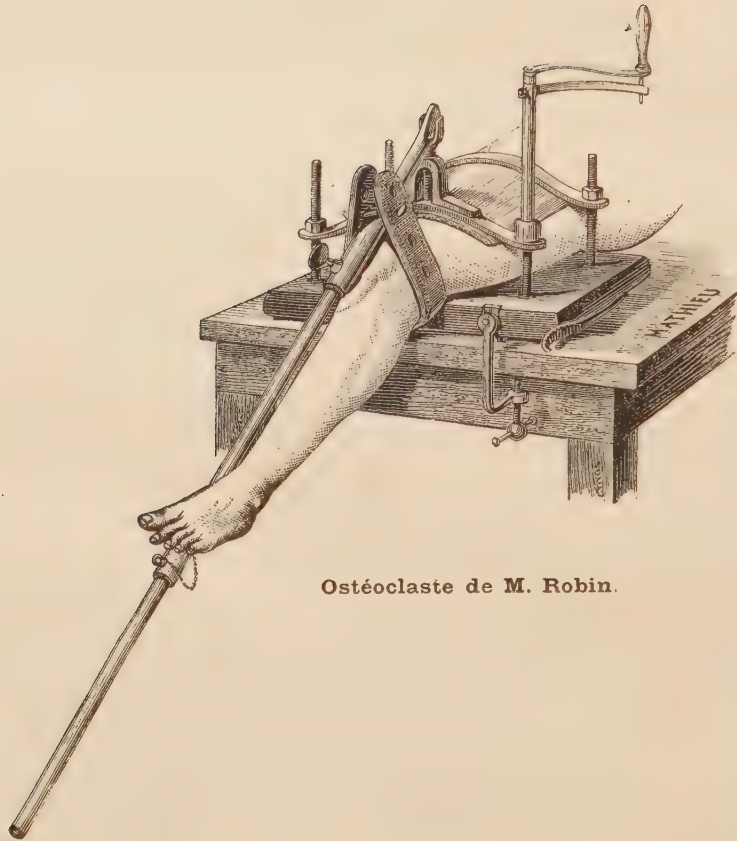
Manuel opératoire.

L'ostéoclaste de M. Robin (1) étant décrit dans sa thèse et dans celle de M. Edouard (2), nous n'avons pas à y revenir.

Le manuel opératoire de l'ostéoclasie sus-condylienne, dans l'ankylose angulaire du genou, doit seul nous occuper ici.

(1) V. ROBIN. — *Traitement du genou valgum, par un nouveau procédé d'ostéoclasie*, 1882.

(2) EDOUARD. — *Du redressement de l'ankylose du genou* (loc. citat).



Ostéoclaste de M. Robin.

La cuisse est placée sur le plateau de façon que son bord antérieur laisse juste la place nécessaire pour appliquer le collier de cuir dans le creux poplité sur l'extrémité condylienne du fémur. On place la gouttière et les colliers d'acier sur le membre, et l'on serre fortement les 4 vis qui les maintiennent.

Cette compression n'a aucun danger. M. Robin a démontré que la circulation se faisait librement dans

l'artère poplitée, car les parties molles sont refoulées de côté et nullement étranglées.

Lorsque l'angle de l'ankylose est obtus, il n'y a aucune difficulté pour appliquer le collier de cuir dans le creux poplité, et, dans ces cas, on doit placer le membre droit, c'est-à-dire de façon que la gouttière métallique repose sur la face antérieure de la cuisse. Mais si le membre est fléchi à angle droit ou presque à angle aigu, on peut alors craindre que l'embrasse de cuir qui présente une forte épaisseur, et par suite une certaine rigidité, se moule difficilement sur l'angle inférieur du genou. Dans ces circonstances, M. Robin procède autrement : comme il l'a fait dans notre observation X, il place le membre ankylosé sur une de ses faces latérales, pour cela le malade anesthésié est lui-même couché sur le côté. Dans cette position, on peut placer le membre de façon que l'extrémité seule des condyles fémoraux affleure le rebord antérieur de la gouttière métallique, et comme il n'y a pas de place pour glisser le collier de cuir sous le creux poplité, M. Robin saisit l'extrémité des condyles avec une sorte de demi-étrier qu'il fixe au levier par le même procédé que le collier de cuir. On peut ainsi obtenir une fracture immédiatement au-dessus, ou même dans l'épaisseur des condyles.

Cette légère modification permet d'appliquer la méthode ostéoclasique dans les cas où l'angle formé par l'articulation serait un peu plus fermé qu'un angle droit, ou bien lorsqu'il y a indication à fracturer le fémur très près de l'interligne articulaire ; elle nous

paraît devoir être adoptée également lorsque les tissus du creux poplité présentent un tel état d'altération qu'on puisse redouter pour eux la pression du collier. Cet étrier s'applique en effet directement sur la face externe du condyle.

Méthode de redressement tardif et successif. —

Le fémur étant fracturé, on peut, dans les cas d'ankylose à angle très obtus, redresser immédiatement le membre et l'immobiliser dans la rectitude par un bandage plâtré. Ce redressement immédiat et brusque peut avoir des inconvénients : il expose à déchirer le périoste, à distendre trop fortement les parties molles altérées et rétractées, et par suite produire une inflammation qu'on cherche à éviter. M. Mollière procède alors comme il a eu l'idée de le faire pour le genu valgum : cette pratique très rationnelle nous semble devoir être adoptée. Avant l'opération, on moule sur le membre à redresser une gouttière plâtrée que l'on fait sécher et durcir. Après l'ostéoclasie, on remet immédiatement le membre dans cette gouttière, qui lui conserve sa déviation primitive ; huit jours après, on l'enlève, on redresse et on immobilise de nouveau le membre. Dans les cas où la flexion et la déviation sont très prononcées, on redresse même en deux séances ; huit jours après l'ostéoclasie, on corrige à moitié la déformation, puis encore huit jours après, on complète le redressement. Cette méthode a toujours donné d'excellents résultats.

OBSERVATION I

Jacques Diocreux, né à la Ricamarie (Loire), entre à l'Hôtel-Dieu, le 23 août 1882, dans le service de M. Mollière.

Pas d'antécédents héréditaires ou morbides. Le malade raconte qu'il a longtemps habité un local humide. Il y a quatre ans, il fut pris de douleurs vives au genou gauche ; il eut de la fièvre et fut dans l'impossibilité de marcher. Il resta quelque temps dans cet état et fut quatre mois après envoyé à l'hôpital de Saint-Etienne, où il a fait à deux reprises différentes un long séjour. Dès le début de l'affection, la marche était impossible. Quelque temps après l'articulation eut un gonflement considérable et la jambe fléchit à peu près à angle droit. Plus tard, il s'établit une suppuration abondante par plusieurs fistules situées sur la région postéro-externe du genou.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, on constate les symptômes suivants :

Le genou est énorme, les os ont considérablement augmenté de volume. Le membre est atrophié ; la jambe est fléchie à peu près à angle droit. La pression n'est pas douloureuse. On sent une fausse fluctuation, marquée surtout de chaque côté du ligament sous-rotulien. Il y a un mouvement obscur des surfaces articulaires, une sorte de basculement entre surfaces planes, de sorte que le fémur paraît aplati à son extrémité inférieure. La marche ne détermine pas de douleurs, mais elle est très difficile à cause de la position vicieuse de la jambe. Enfin ces fistules donnent un pus abondant. En y introduisant le stylet, on tombe directement sur l'os malade ou vers l'articulation ; il en est sorti quelques petits séquestres.

Etat général mauvais ; le malade a une apparence chétive, cependant il ne tousse pas. M. Mollière prescrit un régime fortifiant et quelques bains.

13 janvier. — L'état général du petit malade s'est considérablement amélioré, ainsi que l'état local ; on ne sent plus de fluctuation fausse, de fongosités articulaires ; le genou a diminué de volume ; les fistules se sont fermées depuis quelque temps ; il ne reste qu'une situation vicieuse de l'ankylose qui rend la marche impossible. Nous nous décidons à pratiquer le redressement par l'ostéoclasie sus-condylienne, malgré le foyer éteint de l'inflammation osseuse. L'arthroclaspie est évidemment contre-indiquée à cause des déformations articulaires du fémur, dont les condyles ont été érodés et aplatis en arrière ; il importe d'ailleurs de conserver pour la marche le mouvement de balancement qui permet un certain degré de flexion.

L'ostéoclaste est appliqué, d'après le procédé ordinaire, à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation. Il ne se produit pas un bruit sec et fort ; mais une série de craquements faibles.

La jambe est ainsi ramenée dans la rectitude et placée dans un appareil plâtré.

14 janvier. — Le malade a été un peu fatigué par l'anesthésie, mais ne souffre nullement de sa fracture ; on ne constate aucun gonflement, aucune trace de réaction locale ordinaire aux fractures accidentelles ; rien du côté de l'articulation.

18 janvier. — On change l'appareil plâtré ; tout se passe le plus simplement du monde ; comme les premiers jours on ne constate aucun symptôme d'inflammation dans cette cuisse dont le fémur a pourtant suppuré.

12 février. — Vingt-neuvième jour de la fracture, consolidation complète ; le malade peut se tenir debout sur sa jambe.

Celle-ci a pris la forme d'une baïonnette, à cause de la courbure compensatrice sus-condylienne mais peu marquée.

Quelques jours après, il peut se rendre lui-même à la Société des sciences médicales, marchant avec beaucoup de facilité.

OBSERVATION II

(Lue à la séance de la Société nationale de Médecine de Lyon,
le 19 janvier 1885).

Claude L..., d'Uchizy (Saône-et-Loire). C'est un sujet vigoureux, bien conformé d'ailleurs, pas d'antécédent héréditaire. Vers l'âge de 14 ans, il raconte qu'il fut atteint, sans en pouvoir déterminer la cause, d'une inflammation du genou droit: douleur intense, fièvre, puis suppuration. Il était malade depuis un an environ, lorsqu'il vint à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Ollier. On lui fit un bandage silicaté et on le renvoya dans sa famille; il revint trois mois après, on lui réappliqua un bandage silicaté pour le renvoyer de nouveau, la suppuration avait diminué; un an plus tard, elle était complètement tarie et le malade pouvait marcher, la jambe était dans la rectitude; mais peu à peu il remarqua qu'elle se fléchissait en même temps qu'elle se portait en dehors; il y a seulement deux ans qu'elle reste dans un état stationnaire.

Le 1^{er} juillet 1884, à son entrée à l'hôpital, salle Saint-Louis, n° 31, service de M. D. Mollière, on constate une ankylose à peu près à angle droit; en même temps qu'elle s'est fléchie, la jambe s'est portée en dehors, le tibia a subi un mouvement de torsion et est légèrement luxé en dehors et en arrière; l'ankylose est complète, aucun mouvement ne peut être provoqué dans la jointure qui n'est nullement douloureuse. Au niveau de l'extrémité supérieure du tibia, il existe en dehors une large cicatrice adhérente à l'os; les muscles fléchisseurs de la cuisse sont tendus dans le creux poplité; le condyle interne fait une saillie notable, tandis que le condyle externe est comme effacé, la rotule est soudée à celui-ci; le membre n'a pas subi une atrophie bien considérable, il y a peu de raccourcissement, celui-ci porte surtout

sur le tibia. Le malade est bien constitué d'ailleurs et ne présente pas d'autre affection.

L'ankylose est manifestement la terminaison d'une arthrite consécutive à une ostéite épiphysaire du tibia, la déviation latérale s'explique par des troubles de l'ostéogénèse.

A cause de la déviation latérale, et parce que l'ankylose est très serrée, on ne peut songer à l'arthroclasia pour pratiquer le redressement. La nouvelle méthode d'ostéoclasie sus-condylienne est seule indiquée, parce que, sans parler des avantages qui lui sont propres, elle réalise tous les avantages de l'ostéotomie sans en avoir les inconvénients.

Le 25 juillet 1884, opération qui est pratiquée très facilement à trois travers de doigt au-dessus de l'interligne. Fracture sous-périostée, transversale, sans contusion des parties molles ; redressement immédiat et application d'un bandage plâtré ; suites excessivement simples ; comme pour l'opération du genu valgum, il n'est survenu ni douleur ni gonflement. La consolidation, plus lente cependant, s'est effectuée en cinquante-cinq jours.

Le résultat définitif est remarquable au point de vue de la forme et surtout au point de vue fonctionnel ; le cal est volumineux et solide ; on sent la saillie des deux fragments en arrière et en dehors. Le creux de l'angle provoqué par le redressement a été comblé par les parties molles, de sorte que la forme du membre est à peu près normale. Le malade marche facilement sans boiter, quoiqu'il y ait un peu de raccourcissement, ce qui est plutôt favorable que nuisible à la marche quand le genou ne peut se plier.

OBSERVATION III

Claude Lathuillière, né à Conflans (Saône-et-Loire), âgé de 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 31 septembre 1884, dans le service de M. D. Mollière.

Ce malade a été opéré en 1882 de son ankylose par l'arthroclase. Son observation est rapportée tout au long dans la thèse de M. Édouard, auquel nous empruntons la première partie.

« Aucun antécédent héréditaire ou morbide. Vers l'âge de 9 ans, en pleine santé, il fut réveillé une nuit par une douleur intense au niveau du genou droit, mais plus exactement au-dessus de l'articulation. Bientôt survint du gonflement, puis de la suppuration, et deux fistules s'établirent trois semaines après le début des accidents. Enfin les phénomènes inflammatoires finirent par s'amender, les fistules se cicatrisèrent, mais la jambe se fléchit progressivement, et cette flexion a persisté depuis lors.

« État actuel. La jambe forme avec la cuisse un angle droit. Quelque force que l'on déploie, il est impossible d'obtenir aucun mouvement dans la jointure. Cette immobilité est telle, que l'on est au premier abord, tout disposé à croire à une ankylose osseuse, mais les formes des extrémités articulaires sont à près conservées, le fémur est seulement un peu élargi dans son axe transversal. La rotule est complètement immobile ; elle s'est légèrement portée en dehors. La jambe n'est pas atrophiée, les muscles et les tendons du creux poplité sont assez fortement rétractés. La peau de cette région est un peu moins souple, mais n'adhère pas d'une façon intime aux parties profondes. Un peu au-dessus des condyles du fémur, on trouve en dedans et dehors, les cicatrices qui ont succédé aux fistules. Les douleurs ont complètement cessé ; l'état général est excellent.

« 9 mai 1882. Le malade est anesthésié ; malgré une résolution musculaire complète, il est impossible d'imprimer le moindre mouvement à l'article. Redressement avec l'arthroclaste. On procède par secousses, en agissant d'abord vigoureusement, puis en relâchant un peu la pression. La force déployée est considérable. On entend bientôt une série de petits craquements, une sorte de crépitation que l'on peut comparer au bruit que l'on produit en déchirant une pièce

d'étoffe. A chaque secousse on surveille attentivement la peau et les parties molles. Le membre est ramené en rectitude complète, on enlève alors rapidement l'appareil. Aucune lésion des téguments, pas de subluxation du tibia. La rotule, intacte, a été mobilisée et refoulée en haut. Immobilisation dans un bandage plâtré.

« 9 mai, soir. — Le malade souffre à peine au niveau du genou ; il se plaint d'une légère douleur à la cheville. Température normale.

« 27 juin. — Le malade sort parfaitement redressé et marchant facilement.

« 7 septembre. — Le malade rentre à l'hôpital, effrayé par un léger mouvement de flexion qu'aurait subi son membre inférieur. Depuis son départ il a pu marcher sans canne, aussi facilement qu'on peut le faire avec un membre ankylosé. Au début, néanmoins, « il accrochait » le sol avec la pointe du pied. Depuis qu'une légère flexion s'est produite la marche est beaucoup plus facile.

« Actuellement l'ankylose est complète. Pas de mouvement possible. La jambe n'est fléchie que de 15 degrés sur la cuisse. La claudication est à peine marquée.

« Le malade est tenu en observation pendant trois semaines environ, la flexion reste absolument la même. Il demande alors sa sortie.

« Par surcroît de précaution, on applique, avant son départ, un bandage silicaté qu'on lui recommande de garder pendant deux mois. »

Deux ans après l'arthroclasia, le malade rentre donc avec une récurrence. Le genou présente une ankylose fibreuse très-serrée, presque à angle droit.

Mais cette fois-ci, on fait une ostéoclasie sus-condylienne qui donne un résultat rapide et parfait.

OBSERVATION IV

Auguste Cinquin, âgé de 14 ans, doreur, entre à l'Hôtel-Dieu le 28 février 1884, dans le service de M. Mollière.

Pas d'antécédents héréditaires. Le malade aurait fait à l'âge de 13 mois une chute ayant surtout porté sur le genou droit : il s'ensuivit une arhrite. Soigné par Dolbeau, puis plus tard par Lannelongue et Jules Simon qui lui appliquèrent divers appareils silicatés, il vint, il y a sept ans, à Lyon, et fut admis à la Charité dans le service de M. Delore.

Le genou était à cette époque complètement fléchi. M. Delore y fit appliquer des compas redresseurs qui déterminèrent des eschares profondes dont on trouve encore les cicatrices sur la cuisse et sur la jambe.

Il sortit des séquestres de l'extrémité inférieure du fémur. Le malade quitta la Charité, assez bien redressé il est vrai, mais dans un grand état de faiblesse et de langueur.

Le genou ne tarda pas à se fléchir de nouveau ; depuis lors aucun traitement ne fut tenté pour le redresser, l'inflammation disparut peu à peu et les fistules se tarirent.

Aujourd'hui, on constate une ankylose complète du genou droit : les efforts pour faire mouvoir la jointure ne déterminent ni douleur, ni mouvement. La jambe, fléchie sous un angle de 95 degrés environ, est portée en dehors et subluxée en arrière sur la cuisse. La rotule est complètement soudée ; les muscles sont tendus dans le creux poplité.

Il existe deux cicatrices profondes, adhérentes à l'os, au point juxta-épiphysaire. Le genou n'a aucune tendance à se porter en dedans. L'atrophie du membre est considérable ; le fémur présente un raccourcissement de 3 centimètres et le tibia de 1 centimètre. L'état général est bon.

Ostéoclasie le 1^{er} mars 1884. La fracture se produit facilement : elle est pratiquée un peu haut, à trois travers de doigt

au-dessus de la rotule : redressement immédiat. L'opération ne fut suivie d'aucun gonflement du côté de la cuisse ou du genou. Consolidation au bout de cinquante jours.

Le malade marche très bien, sans tuteur, avec un soulier à semelle épaisse : il y a une différence de 5 centimètres avec le côté opposé.

OBSERVATION V

Joseph Perrard, âgé de 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 5 octobre 1884, dans le service de M. Mollière.

A l'âge de 8 ans, le malade dit avoir eu une arthrite du genou gauche suivie de suppuration ; ce n'est que depuis un an environ qu'il ne ressent plus de douleurs du côté de son articulation.

A son entrée, on constate une ankylose complète et probablement osseuse du genou gauche qui est en même temps complètement déformé : le fémur fait une saillie considérable en avant, au-dessus du tibia ; la jambe, fléchie sous un angle de 100 degrés environ, est déjetée en dehors et a subi un mouvement de torsion dans le même sens. Il y a donc une luxation du tibia en dehors et en arrière. Toute la région externe du genou est recouverte par une immense cicatrice ; l'atrophie du membre est très prononcée ; quant au raccourcissement il est de 6 centimètres : 4 pour le fémur et 2 pour le tibia. — Le malade ne souffre pas, mais il ne peut marcher qu'à l'aide de béquilles.

Ostéoclasie le 7 novembre 1885. Redressement immédiat qui ne fut suivi d'aucune complication. — La jambe n'a pas été suffisamment portée en dedans et il persiste un certain degré de genu valgum. Néanmoins le malade marche facilement : on lui fait porter un tuteur avec chaussure à talon élevé.

OBSERVATION VI

(Extraite du *Lyon-Médical* du 4 juillet 1885).

Augustine Ramory, 14 ans, St-Étienne (Loire), pas d'antécédents héréditaires et morbides. Il y a sept ans, la malade fit une chute sur le genou. Arthrite consécutive terminée au bout de deux ans par une suppuration qui, elle aussi, dura deux ans. On n'a fait, comme traitement, que des applications de pommades et vésicatoires. Depuis trois ans, la marche est possible à l'aide de béquilles; ces derniers temps, la malade ne se servait que d'une canne. On note comme état local à son entrée à l'Hôtel-Dieu, service de M. Mollière: déviation considérable de la jambe qui est à la fois fléchie et rejetée en dehors, cicatrice adhérente à l'os au niveau du condyle externe, en avant et en dehors, le genou est plus volumineux que celui du côté opposé; des mouvements sont possibles et non douloureux, ils sont plus faciles et plus étendus dans la flexion que dans l'extension, qui est très limitée, puisque la jambe gauche ne peut pas dépasser un angle de 70° environ; la rotule est soudée et s'oppose à tous mouvements d'extension; le condyle externe est en partie atrophié, ce qui est cause de la déviation de la jambe en dehors; le condyle interne est volumineux; le membre n'a pas subi une atrophie considérable. On constate un raccourcissement de 7 cent., lequel porte surtout sur le fémur.

Ostéoclasie le 21 novembre 1884: série de craquements, redressement immédiat facile, bandage plâtré. Pas de suites fâcheuses, il n'y a même pas de gonflement au niveau de la fracture, ni de douleur spontanée.

La consolidation a été longue, deux mois, mais le résultat est excellent; la jambe est parfaitement droite. La malade marche avec un appareil tuteur qu'elle devra porter longtemps pour empêcher la jambe de se porter de nouveau en

dehors, à cause de l'inégalité de croissance entre les condyles.

OBSERVATION VII

Antoinette-Félicité Prodhon entre à l'Hôtel-Dieu le 31 mars 1885, dans le service de M. Mollière.

Elle est âgée de 16 ans; elle ne présente aucun antécédent héréditaire bien net. Son père est mort à 54 ans, de bronchite chronique.

A l'âge de 4 ans, elle fit une chute sur le genou. Consécutivement il se développe une arthrite dont la marche est très lente. A 8 ans seulement elle entre à la Charité pour cette affection articulaire. La suppuration qui s'est établie est intarissable, elle se fait par 3 trajets fistuleux. On propose l'amputation: les parents de la petite malade la refusent et emmènent leur enfant.

Peu à peu les symptômes inflammatoires diminuent, et, bien que la suppuration persiste jusqu'à l'an dernier, trois mois avant son entrée à l'hôpital, la malade marchait un peu, péniblement, en s'aidant d'une canne. L'ankylose qui s'est produite n'est en effet qu'à angle obtus, 110° environ et la pointe du pied peut reposer à terre.

A son entrée, on constate que l'ankylose très serrée est incomplète: il persiste encore quelques légers mouvements de flexion et de latéralité. La rotule, reposant sur le condyle externe, est elle-même un peu mobile.

Il y a une déviation en dehors considérable du tibia: l'angle externe qu'il fait avec le fémur est environ de 120°.

Les cicatrices des trajets fistuleux se voient nettement: elles existent deux sur la face externe du genou, l'une au niveau de l'interligne, l'autre immédiatement au-dessus du condyle externe. Au-dessus du condyle interne se trouve le troisième trajet fistuleux. Il n'y a jamais eu élimination de séquestre.

L'état général n'est pas très bon: l'enfant n'est pas réglée,

elle est très maigre, pâle, l'air souffreteux. On ne trouve rien aux poumons.

Le 15 avril, ostéoclasie fémorale à cinq travers de doigts au-dessus de l'interligne, par le procédé de M. Robin.

Redressement immédiat; bandage plâtré. — Les suites sont très simples; la malade souffre un peu pendant vingt-quatre heures, mais il n'y a pas le moindre symptôme inflammatoire au niveau de la fracture.

Trente jours après, on débarrasse la malade de son plâtre, mais à la suite de mouvements intempestifs, il se fait un léger craquement au niveau du cal. Nouvel appareil plâtré jusqu'au 20 juin. A partir de cette époque la malade marche facilement sans appui; le membre est soutenu par une courte attelle de gutta-percha.

Le 20 juillet, elle marche presque sans boiter: il y a un raccourcissement de 2 centimètres préexistant, et tenant à l'atrophie du membre. L'état général s'est considérablement amélioré. La malade a pris une gaîté et une fraîcheur de teint qu'elle n'a jamais eues.

OBSERVATION VIII

Jean-Pierre Boulanger, né à Courzieux (Rhône), entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Poncet.

Il raconte qu'il couchait dans une chambre humide, il y a huit ans, lorsqu'un matin il lui fut impossible de se lever: il avait une violente douleur au genou et tout mouvement du membre lui était impossible. Plusieurs séjours à la Charité, où on lui appliqua des bandages silicatés successifs. Au bout de trois ans, les douleurs avaient à peu près disparu, et le malade se met à marcher, sans tuteur. Mais le genou se fléchit de plus en plus, la marche devient presque impossible et il se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu.

On constate alors une ankylose du genou gauche fléchi à

peu près à angle droit, accompagnée de subluxation en arrière du tibia et de déviation et rotation en dehors. La rotule est soudée au fémur, les muscles fortement contracturés dans le creux poplité. Le condyle interne est saillant, l'externe semble effacé. On ne peut déterminer dans l'articulation ni mouvement, ni douleur. Les téguments de la région sont couverts de cicatrices, traces d'applications successives de pointes de feu, mais il n'y a pas traces de fistules : d'ailleurs le malade affirme qu'il n'y a jamais eu de suppuration. L'atrophie du membre et le raccourcissement sont peu considérables : la mensuration donne une différence de 1 centimètre $1/2$ entre les deux fémurs. L'état général est bon, avec une apparence de scrofule.

Ostéoclasie le 17 avril, M. Robin essaye d'abord de pratiquer la fracture sus-condylienne en appliquant la force sous le talon ; il pensait que le degré accusé de la flexion devait rendre difficile l'application du collier de l'ostéoclaste dans le creux poplité. Mais une certaine mobilité se produisant dans l'articulation, la courroie est appliquée comme à l'ordinaire.

La fracture se produit sans bruit, à tel point que les assistants doutent de son existence. On fait un redressement incomplet, bandage plâtré. Le lendemain et les jours suivants on ne constate ni gonflement, ni douleur. Huit jours après le redressement est achevé, sans la moindre difficulté : nouvel appareil plâtré.

Le vingt-cinquième jour, le malade est débarrassé de son bandage, il commence à s'appuyer sur le membre opéré.

Le trentième jour, il marche facilement et sort quelques jours après.

Le résultat est remarquable au point de vue de la fonction du membre : quant à la forme, le cal est volumineux ; on sent en arrière et en dehors, presque sous la peau, les extrémités de l'os fracturé. Mais l'angle de redressement est si peu marqué que, sauf une saillie légère du genou, le membre présente son aspect ordinaire.

Dans ce cas, M. Robin explique la restitution de la forme

par le volume du cal et par la tension des muscles extenseurs.

OBSERVATION IX

Marie M..., âgée de 34 ans, née à St-Bonnet-de-Quarts (Loire), entre à l'Hôtel-Dieu le 24 mai 1885, dans le service de M. le docteur Mollière.

Cette malade ne paraît avoir aucun antécédent héréditaire : elle a toujours eu une très bonne santé. Huit enfants, tous bien portants en sont la preuve vivante. Elle n'a même jamais eu de rhumatisme antérieurement.

Il y a dix mois, dans le cours d'une grossesse datant de quatre mois, sans cause occasionnelle, la malade prend une arthrite du genou droit, caractérisée par les symptômes douleur et gonflement, qui disparaissent après l'accouchement.

Mais elle se trouve alors avoir une ankylose de cette articulation. Le genou est fléchi à angle obtus, avec un assez fort degré de déviation et de torsion en dehors du tibia : également subluxation en dehors de la rotule qui a conservé une certaine mobilité.— On peut imprimer de légers mouvements à l'articulation ; en somme, on se trouve en présence d'une ankylose fibreuse très serrée, présentant peu de déformations osseuses.

La malade marche en posant un peu la pointe du pied sur le sol, mais elle est obligée de s'aider avec deux bâtons.

Le 15 juin, ostéoclasie sus-condylienne d'après la méthode ordinaire. Le membre est immobilisé par un bandage plâtré dans la position primitive. Le redressement ne se fait que dix jours après et nouvel appareil plâtré.

Il y a eu un peu de douleur au point fracturé pendant les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération. Pas de gonflement. Les suites sont très simples.

OBSERVATION X

Pierre Delouche, né à St-Pierre-des-Champs (Haute-Loire), âgé de 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 29 mai 1885, dans le service de M. Mollière.

Du côté de l'hérédité on trouve de la tuberculose : sa mère est morte à 36 ans, elle toussait et crachait du sang.

Pendant sa première enfance, le malade paraît avoir eu une bonne santé. Mais à 7 ans 1/2, sans chute, ni contusion, il prend une douleur articulaire du genou droit.

Au bout de quelques mois, le gonflement apparaît et il se produit une fistule au niveau de l'interligne. Puis le gonflement devient plus considérable, il envahit toute la région, tout le creux poplité où ne tardent pas à s'ouvrir des fistules multiples qui criblent les tissus enflammés : il s'en échappe un pus séreux, mais pas de séquestre. Pendant deux ans, le malade est soigné à l'hôpital du Puy; quand il en sort, le membre est dans la rectitude, mais la suppuration n'est point tarie. De 10 à 15 ans, elle a beaucoup diminué, mais elle apparaît encore par intermittences lorsque le malade marche. Elle n'est complètement tarie que depuis deux ans.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constate une ankylose ostéo-fibreuse du genou : pas de mouvements possibles. La flexion articulaire est un peu plus prononcée qu'un angle droit : il y a un allongement considérable de l'extrémité inférieure du fémur, les condyles déformés, atrophiés et faisant une saillie arrondie où la gorge intercondylienne est effacée, débordent beaucoup le plateau du tibia qui est resté en arrière et présente une rotation en dehors considérable.

Les parties molles du creux poplité présentent une rétraction et une transformation fibreuse qui englobe les vaisseaux.

Le 20 juin, Ostéoclasie. Pour éviter la compression sur le

creux poplité, M. Robin applique l'étrier que nous avons décrit sur la face externe des condyles, et obtient ainsi une fracture immédiatement au-dessus.

Le 26 juin, premier redressement incomplet du membre et immobilisation dans un bandage plâtré.

Le 5 juillet, redressement complet du membre et bandage plâtré définitif.

OBSERVATION XI

Émile Ferrey, né à Nanton (Saône-et-Loire), âgé de 12 ans 1/2, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 mai 1885 dans le service de M. le docteur Mollière.

Pas d'antécédents héréditaires. A 7 ou 8 ans, il fit une chute sur la glace. Quinze jours après, se développe une arthrite du genou droit, qui suppure par deux trajets fistuleux dont l'un siège au niveau du bord externe de la rotule et l'autre au niveau du plateau du tibia. Ces fistules laissent suinter un liquide séro-purulent; il n'y a jamais eu de séquestre. Depuis un an, seulement, elles sont complètement taries.

A son entrée, il présente une ankylose à angle obtus, mais assez prononcée pour que la pointe du pied ne puisse reposer à terre : marche avec des béquilles. La rotule est fixé sur le condyle externe. Il n'y a pas de mouvement possible dans l'articulation.

Le 25 juin, fracture sus-condylienne avec l'appareil Robin : immobilisation. Huit jours après, redressement et nouveau bandage plâtré.

Pas de douleur, ni de gonflement.

Le 24 juillet, il n'est survenu aucune complication. Dans quelques jours, le bandage plâtré sera enlevé et tout donne lieu de croire qu'il y aura consolidation.

OBSERVATION XII

Jean Bernard, cultivateur, âgé de 25 ans, né à Sigy-le-Châtel (Saône-et-Loire), entre le 27 juin 1885, dans le service de M. le professeur Poncet.

On ne trouve pas chez ce malade d'antécédents héréditaires. Son père est mort à 62 ans, sa mère est bien portante, il a deux frères vivants. Quelques manifestations scrofuleuses pendant l'enfance, caractérisées par de l'otorrhée et de la conjonctivite chronique. Pas d'alcoolisme, pas de syphilis.

Il y a deux ans, au mois de janvier, le malade, alors soldat au 10^e dragon, reçut un coup de pied de cheval au niveau de la tête du péroné. Il put encore marcher trois ou quatre jours. Mais, s'étant mis à souffrir du genou, ayant de la fièvre, il est transporté à l'infirmerie, puis à l'hôpital militaire.

A ce moment, il eut, dit-il, une fièvre intense, une tuméfaction et une douleur considérables du genou droit qui présentait une petite plaie, résultat du traumatisme. En même temps, otorrhée abondante et phénomènes gastriques. — Trois mois après son entrée, on lui fit une incision sur la face externe du mollet, près de la tête du péroné, pour donner issue à du pus phlegmoneux. Quelques mois après, le membre commença à se plier: on fit une tentative de redressement abandonnée en raison de l'inflammation provoquée par les manœuvres. Enfin, huit mois après le début des accidents, appareil silicaté que le malade garda quatre mois.

Il avait fait un séjour de treize mois à l'hôpital: on l'envoya à Amélie-les-Bains où il resta quarante-cinq jours. Puis il fut réformé et renvoyé chez lui.

Depuis cette époque, le malade n'a jamais souffert, il entre à l'Hôtel-Dieu pour une ankylose du genou à angle obtus. Il peut marcher en posant à terre la pointe du pied, mais avec des béquilles.

Actuellement, on constate sur la face externe de la tête du péroné, sous la cicatrice de la blessure, un point d'hyperostose. Tout mouvement est impossible dans l'articulation.

Le 10 juillet, ostéoclasie faite par M. Poncet avec l'appareil Robin. Le collier de cuir étant neuf et mal fait, on ne peut s'en servir: c'est la jambe qui sert de levier. Néanmoins la fracture est obtenue sur le fémur au-dessus des condyles, au point précis du bord antérieur de la gouttière métallique. Cette fracture est sous-périostée.

Le 17 juillet, redressement, second appareil plâtré.

Le 20 juillet, le malade va bien, il accuse seulement un peu de douleur dans la cuisse droite. Il n'y a pas de gonflement, pas d'érosion cutanée.

Tout fait présumer qu'au bout de trente ou quarante jours la fracture sera consolidée, et que le malade marchera facilement.

CHAPITRE IV

Discussion des faits

Ainsi, voilà donc 12 observations d'ankylose angulaire du genou redressées par l'ostéoclasie sus-condylienne avec l'appareil et le procédé de M. Robin. Dans tous les cas, il n'y a jamais eu de complications, les suites de l'opération ont toujours été très simples, et les résultats, au point de vue fonctionnel, généralement plus rapides qu'avec les procédés sanglants, ostéotomie ou résection.

D'ailleurs, si parfaite que soit la méthode antiseptique rigoureusement appliquée, il est de toute évidence qu'une fracture simple, comme celle que produit l'ostéoclaste, est infiniment supérieure et plus sûre pour le malade qu'une fracture compliquée de

plaie. Et la meilleure preuve nous en est donnée par la récente thèse de M. Pennel qui, sur 5 ostéotomies linéaires faites par son maître, M. de St-Germain, note un cas de mort à la suite d'un phlegmon de la cuisse.

Vollkmann rapporte bien qu'il a fait 11 ostéotomies pour ankyloses du genou, toutes suivies de bons résultats (1) : mais trois fois, l'opération a été compliquée de suppuration. Cet accident est toujours possible et n'est point chose négligeable.

Les ostéotomistes font une objection : « la fracture produite par l'ostéoclaste ne peut-elle donner lieu à des esquilles, des fissures irradiées au loin, venant ainsi compliquer cette opération ? » (2)

Nous répondrons par les expériences de M. Robin qui a démontré, à l'amphithéâtre, que la fracture faite par son appareil, se fait toujours au point précis, voulu, et qu'elle est toujours nette, en rase, très souvent sous-périostée (1). La bénignité des suites de l'ostéoclasie sur le vivant prouvent que les faits cliniques sont identiques.

Mac-Ewen et de Saint-Germain, dans leurs ostéotomies, après avoir entamé le fémur avec le ciseau, achèvent de rompre le fémur en le brisant avec les mains : c'est bien ainsi que des esquilles seraient à redouter. Les chirurgiens ne font une plaie et n'entament l'os avec le ciseau que pour arriver à pouvoir casser l'os. Avec la méthode que nous venons d'ex-

(1) VOLTIMANN (*Berliner Klinische Wochens*) 1874.

(2) P. PENNEL (*Loc. citat.*).

(3) ROBIN (*Loc. cit.*).

poser, la fracture se fait au contraire simplement, en un point, toujours précis et déterminé par avance.

Dans la thèse de M. Pennel, il est rapporté plusieurs cas où la dureté extrême de l'os empêchait le ciseau de mordre et lui faisait faire des échappées ; c'est là encore un grand inconvénient, et il n'y a rien d'analogue dans l'ostéoclasie.

Dans plusieurs des cas qui font le sujet de nos observations, l'existence de cicatrices au-dessus ou au niveau des condyles semble démontrer que la lésion primitive a été une ostéite juxta-épiphysaire.

Souvent, l'ostéoclasie a été faite dans le foyer ancien et cependant, dans aucun de ces cas, l'inflammation n'a été réveillée, la consolidation s'est faite parfaitement. Le plus grand inconvénient a été (1), comme pour Augustine R...., un retard dans la formation du cal, qui n'a été solide qu'au bout de deux mois. Cette lenteur tient probablement à un état éburné de l'os à ce niveau : en effet, lors de l'ostéoclasie, à laquelle nous assistions, il a fallu développer une force plus considérable que de coutume, et l'os s'est brisé avec un bruit plus éclatant.

Dans l'observation VIII, au contraire, le fémur s'est rompu sans bruit, à tel point que l'opérateur seul a eu la notion que la fracture était faite : ceci s'explique par un état d'ostéo-porose, mais dans ce cas la consolidation n'a pas été retardée.

Enfin, une observation qui montre bien que dans la plupart des cas, l'ostéoclasie doit être préférée même

(1) Observation VI.

à l'arthroclasia est celle de Claude Lathullière (1).

Ce malade avait été arthroclasié en 1882 : l'ankylose qu'il présentait à cette époque s'accompagnait seulement de légères déformations articulaires ; mais, d'après la marche de l'arthrite primitive qui avait suppuré, on pouvait conclure à une altération assez étendue et assez profonde de l'articulation. Quoi qu'il en soit, l'ankylose s'est reproduite : le malade a été ostéoclasé, et il est redressé d'une façon définitive. A ce propos, nous répèterons ce que nous disions au début de notre chapitre II. « *Indications et contre-indications* », l'arthroclasia doit être réservée seulement aux cas d'ankylose fibreuse peu serrée, sans aucune déformation articulaire, et qui sont le résultat d'arthrites légères, non suppurées.

Nous ne parlons que pour mémoire des nombreux accidents qu'on a notés dans les différentes méthodes de redressement forcé des ankyloses : contusion, déchirure des téguments, lésions des vaisseaux et des nerfs.

Avec la méthode de M. Robin, que nous venons de décrire, ces accidents ne se sont jamais produits et ne peuvent se produire.

(1) Observation III.

CONCLUSIONS

De cette étude se dégagent pour nous ces conclusions fort nettes :

Que l'ostéoclasie sus-condylienne avec l'appareil de M. Robin permet de redresser la plupart des ankyloses angulaires du genou avec une innocuité absolue;

Que la simplicité de l'opération, la rapidité et l'excellence des résultats doivent faire préférer cette méthode à tout autre, réservant la résection du genou dans les ankyloses, aux rares cas où la persistance des altérations et de

la suppuration des extrémités osseuses exige
que le malade soit rapidement débarrassé du
foyer d'infection.

VU BON A IMPRIMER

Le Président de thèse,
PONCET.

VU BON A IMPRIMER

Le Doyen,
LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur,
ÉM. CHARLES.

Lyon, le 23 juillet 1885.

